

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: Corporación Universitaria Republicana

Dirección: Carrera 7 No. 19-38

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Profesional Ingeniero Industrial

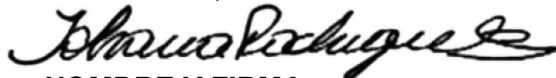
Respetuoso saludo.

Reciba un cordial saludo,

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	Duver Adrián Cuero Mosquera
Documento de Identidad	C.C. 1.076.325.683
Título otorgado	Ingeniero Industrial
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	4 de agosto de 2023 diploma 13495, folio 3 registro 21
Ciudad de expedición del título	Bogotá

Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: DUVER ADRIAN CUERO MOSQUERA

CEDULA: 1.076.325.683